

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ПРОФИЛАКТИКЕ СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студента

**Очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Агарковой Анны Сергеевны**

Научный руководитель
преподаватель Фарафонова А.О.

Рецензент
Заведующая педиатрическим отделением №2
ОГБУЗ «Детская областная клиническая
больница» Марцинюк И.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СКОЛИОЗА	6
1.1. Этиология заболевания	6
1.2. Патогенез и клиническая картина сколиоза.....	6
1.3. Лечение сколиоза.....	13
1.4. Профилактика сколиоза	16
ГЛАВА 2. УЧАСТИЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ СКОЛИОЗЕ.....	18
2.1. Изучение роли медицинской сестры в профилактике сколиоза	18
2.2. Сестринский процесс при сколиозе	28
2.3. Выводы и предложения.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	34
ПРИЛОЖЕНИЕ	35

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. На сегодняшний день сколиоз, как один из видов искривления позвоночника, является очень распространенной проблемой. И в будущем будет встречаться еще чаще, по мнению врачей. Главными причинами увеличения частоты являются – сидячий образ жизни, так называемая гиподинамия и уменьшение физической нагрузки у детей и взрослых. Наиболее опасно развитие искривлений в школьном возрасте, когда позвоночник ребенка только формируется.

Именно в школьные годы развивается большая часть искривлений, причем у некоторых людей они остаются неизменными всю жизнь, а у многих – продолжают развиваться. Этому факту есть объяснение:

- сидячий образ жизни, связанный с профессиональной деятельностью;
- неправильная осанка у детей дошкольного/школьного возраста и длительное нахождение в сидячем положении;
- малая подвижность и отсутствие физических нагрузок, вызванные абсолютно разными причинами.

Мировая статистика гласит, что сколиоз распространен по всему земному шару. Причем большая часть людей с данной патологией проживают в наиболее развитых странах, тогда как в менее развитых странах искривления встречаются реже, ввиду либо полного отсутствия образования, либо его меньшей продолжительности. В этих случаях дети больше двигаются, держат тело в тонусе и меньше сидят за партой, компьютерным столом, компьютером и так далее.

Но в то же время ученые и врачи спорят по поводу возникновения сколиоза. Ведущие специалисты и ортопеды до сих пор не установили происхождение заболевания. В разных источниках получила распространение теория, предложенная Гиппократом. Это теория нарушения мышечного равновесия, ответственного за развитие сколиоза. Именно Гиппократ был

первым, кто пытался изучить, систематизировать и попытаться исправить искривлённый позвоночник. И он в свое время дал патологии название «сколиоз», то есть «кривой».

Для лечения он разработал специальное устройство, именуемое «скамьёй Гиппократа» для одновременного вытяжения и давления на позвоночник. Долгое время это приспособление было единственным средством борьбы со сколиозом.

Тема деформации опорно-двигательного аппарата является актуальной с давних времен и по сей день. Много великих ученых прошлого и современного мира занимались и занимаются изучением этой проблемы.

Тема исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей.

Проблемой является развитие патологии среди детей и подрастающего населения.

Цель дипломной работы: определить профессиональные и общие компетенции медицинской сестры, а также ее значимость в организации и проведении профилактической помощи детям при сколиозе.

Объект исследования: медицинские работники ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:**

- провести теоретический анализ современной литературы;
- определить профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации и проведении ухода и профилактической помощи пациентам при сколиозе;
- оценить роль медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей;
- проанализировать данные анкетирования.

Для решения поставленных задач использовали **методы исследования:**

- научно-теоретический анализ литературы;
- сравнительный анализ;
- графический.

База исследования: ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».

Структура работы: дипломная работа по объему занимает 42 страницы.

Данная работа состоит из введения, где отражена актуальность проблемы детского и подросткового сколиоза. Поставлена цель, определены предмет и объект исследования, а также поставлены задачи. Глава 1 – теоретическая часть, то есть обзор и анализ современной медицинской литературы с собственными выводами. Глава 2 представляет материалы собственного исследования с выводами. Имеется также заключение, список использованных источников и литературы и 2 приложения.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СКОЛИОЗА

1.1. Этиология заболевания

Как тяжелое заболевание опорно-двигательного аппарата сколиоз имеет свою многовековую историю, он стал хорошо известен еще народам Древней Греции. В своих трудах «De fracturis» и «De articulis», знаменитый древнегреческий целитель, врач и философ Гиппократ, дал описание искривлений позвоночника.

Как отдельная ветвь в хирургии наука об искривлении позвоночника появляется в средние века, а в 1741 году данная ветвь получает свое название – ортопедия. Слово ортопедия в переводе с греческого означает «ortos» - «прямой» и «pedis» - «дитя». Ортопедия определялась как искусство предупреждения и лечения деформаций тела у детей. Довольно продолжительное время многие врачи и ученые называли данное заболевание «раком ортопедии» [1, с. 63].

За много лет появилось множество различных формулировок определений данной болезни, но смысл остается неизменным.

Сколиоз (греч. skoliosis - искривление, от skolios - кривой) – это заболевание опорно-двигательного аппарата при котором происходит боковое искривление его в плоскости спины и скручивающее (торсионное) вращение позвоночника вокруг своей оси.

В наше время сколиоз считается самой распространённой проблемой, с ней сталкивается практически каждый человек. Одной из самых частых форм искривления позвоночника выступает сколиоз у детей, формирующийся в раннем или подростковом возрасте. Его происхождение имеет разные причины и условия, а последствия могут спровоцировать серьезные проблемы, связанные с работой всего опорно-двигательного аппарата, а также внутренних органов.

В наше время сколиоз считают одной из самых распространенных детских болезней и встретить его можно гораздо чаще, чем об этом думают. Наиболее частым появлением и развитием сколиоза происходит именно в детском возрасте и связано это с активной стадией роста детей и тем, что именно в этот период позвоночник ребенка наиболее пластичен и подвержен деформации.

Детский сколиоз делят на два типа:

1. Врожденный.
2. Приобретенный.

Врожденный сколиоз, как правило, обусловлен нарушением развития костных структур. Данный процесс предотвратить невозможно, так как аномалии происходят еще во внутриутробном формировании плода.

По поводу приобретенной формы сколиоза медики говорят о том, что предрасположенность к ней отсутствует, и в большинстве случаев ее появление происходит у детей дошкольного и школьного уровня.

Свое название сколиоз также получает и по уровню изгиба: шейный, грудной или поясничный и соответственно выпуклой стороны искривления. Например, можно встретить левосторонний грудной сколиоз [2, с. 102].

Сколиоз может быть простым, или частичным, с одной боковой дугой искривления, и сложным - при наличии нескольких дуг искривления в разные стороны и, наконец, тотальным, если искривление захватывает весь позвоночник, а также он может быть фиксированным и нефиксированным, исчезающим в горизонтальном положении, например при укорочении одной конечности.

Много факторов определяют развитие сколиоза, но самые главные и часто встречающиеся следующие:

- врожденный характер искривления.

Врожденный сколиоз наблюдается при недоразвитии позвонков, появления добавочных позвонков, аномальных позвонков неправильной формы. Сколиоз проявится и при врожденной слабости соединительной ткани.

- Рахит.

Рахитом называют исключительно детскую болезнь роста, в основе которой лежит несоответствие между количеством кальция в костной ткани и его усвоением в организме [11, с. 157]. Дисбаланс возникает в результате дефицита витамина D, который участвует во всасывании и отложении кальция в скелете.

Мягкость костей при рахите, слабость мышц способствует появлению рахитического сколиоза.

- Параличи.

Паралич — утрата или нарушение движений в одной или нескольких частях тела.

Паралитические сколиозы развиваются после нервных заболеваний, после детского церебрального паралича, при одностороннем мышечном поражении.

- Плохая осанка.

Такие сколиозы часто называют «школьными» (привычными). Главная их причина — мебель, выбранная не по возрасту, ношение портфелей, вместо ранцев, держание ребенка за одну и ту же руку.

- Травмы (в том числе родовые травмы).

По данным статистики до 90% детей имеют сколиоз из-за тяжелых родов, при сдавливании головки во время прохождения по родовым путям.

- Компенсаторный механизм развития.

Искривление позвоночного столба иногда возникает как компенсация при укорачивании одной из ног.

- Заболевания других органов и систем.

Сколиоз, образующийся из-за нарушений в работе внутренних органов. В результате боли у ребенка ослабевают мышцы, которые перестают поддерживать позвоночный столб, в результате возникает висцеральный сколиоз.

- Стрессы, эмоциональное напряжение.

Такая форма сколиоза часто возникает у замкнутых детей, у интровертов.

Чаще всего из-за сочетания нескольких факторов, происходит искривление позвоночника. Оно обычно проявляется у детей 7-9 лет и в подростковом периоде, когда рост организма наиболее бурный. Для того, чтобы вылечить сколиоз необходимо выявить причину заболевания. Для этого необходимо тщательно собрать анамнез.

1.2. Патогенез и клиническая картина сколиоза

Начало искривления позвоночного столба – это эпифизеолиз межпозвонковых дисков. Эпифизеолиз (новолат. epiphysis – распад, разрушение) – разрушение росткового эпифазарного хряща. Важной особенностью этого повреждения является остановка роста тела позвонка в высоту, приводящее к асимметрии формы позвонка во взрослом возрасте.

Смещение дисков при эпифизеолизе ведет к смещению пульпозного ядра в одну из сторон. Позвоночник искривляется в сторону отсутствия ядра и искривление его в другую сторону становится невозможным. Вертикальное положение больного при этом так же невозможно.

Установлено, что стабилизация дуги искривления не зависит от степени развития болезни, а зависит от степени смещения пульпозного ядра. Это происходит лишь на вершине первичного искривления. Пока пульпозное ядро не имеет признаков дегенерации - сохраняется асимметрия дисков. С началом дегенерации ядра асимметрия начинает исчезать и появляется клиновидная деформация тел позвонков. Нарушение роста тел позвонков наступает только после дегенерации дисков и является вторичным процессом, связанным с состоянием дисков и в частности – пульпозных ядер. Это подтверждает выявляемый эпифизеолиз межпозвонковых дисков. Установить причину этих изменений пока невозможно. Для выяснения этого вопроса необходимы больные с начальными стадиями развития болезни, а ортопеды, чаще всего, впервые видит больного уже со сформировавшейся сколиотической

деформации.

Смещение пульпозного ядра приводит к дисбалансу мышц естественного мышечного корсета: на высоте искривления напряжены мышцы выпуклой стороны, в нижней части – напряжены мышцы вогнутой стороны [3, с. 165]. Такой дисбаланс мышц при искривлении, очевидно, ведет к торсии позвонков. Смещение пульпозного ядра приводит к неправильной нагрузке на тело нижележащего позвонка, способствует формированию клиновидного позвонка на вершине искривления и развитию раннего остеохондроза.

Клиническая картина. Фактором, определяющим клиническую картину сколиоза, является величина искривления.

Применяют четырёхступенную систему оценки величины искривления позвоночника В.Д. Чаклина (1958):

- I степень - искривления от 5 до 10°
- II степень - искривления от 11 до 30°
- III степень - искривления от 31 до 60°
- IV степень - искривления более 60°

I степень сколиоза. Сколиоз I степени характеризуется небольшим боковым отклонением позвоночника и начальной степенью торсии, выявляемой рентгенологически.

II степень сколиоза. Сколиоз II степени сопровождается не только заметным отклонением позвоночника во фронтальной плоскости, но и выраженной торсией, наличием компенсаторных дуг. Рентгенологически отчетливо проявляется деформация тел позвонков на уровне вершины искривления. Клинически определяется мышечный валик из-за торсии позвоночника и реберный горб.

III степень сколиоза. Сколиоз III степени характеризуется стойкостью и более выраженной деформацией, наличием большого реберного горба, резкой деформацией грудной клетки. Рентгенологически на вершине искривления и прилегающих к ней участков имеются позвонки клиновидной формы; межпозвонковые диски с вогнутой стороны трудно прослеживаются.

IV степень сколиоза. Сколиоз IV степени сопровождается тяжелым обезображиванием туловища. Отмечается кифосколиоз грудного отдела позвоночника, деформация таза, отклонение туловища, скованность движений в позвоночнике, стойкая деформация грудной клетки, задний и передний реберный горб [10, с. 84]. Рентгенологически определяется выраженная клиновидная деформация тел грудных позвонков, деформирующий спондилартроз и спондилез в грудном и поясничном отделах позвоночника, обызвествление связочного аппарата.

Классификация сколиоза. В международной классификации болезней 10 пересмотра сколиоз позвоночника подразделяют на следующие формы:

- M41 Сколиоз;
- M41.0 Инфантильный идиопатический сколиоз;
- M41.1 Ювенильный идиопатический сколиоз;
- M41.3 Тораколюмбальный сколиоз;
- M41.20 Другой идиопатический сколиоз;
- M41.80 Другие формы сколиоза;
- Q67.5 Врожденная деформация позвоночника;
- M41.40 Нейромышечная сколиоз.

Сколиоз, так же, различается по форме искривления:

- С-образный (определяется один искривленный контур);
- S-образный (наблюдается два искривленных контура);
- Z, E или W-образный (можно увидеть три контура).

Инфантильный идиопатический сколиоз. Инфантильный идиопатический сколиоз – это структурная деформация позвоночника с формированием верхушечной ротации и заклиниванием, которая развивается в первые 3 года жизни. Распространенность этой патологии составляет менее 1% от всех случаев идиопатического сколиоза. Впервые этот вид сколиоза позвоночника был описан в 1930 году.

Ювенильный идиопатический сколиоз. Распространенность ювенильного идиопатического сколиоза, по различным оценкам, составляет от 8% до 16%

всех пациентов с идиопатическим сколиозом. Этот вид сколиоза по определению наблюдается у пациентов в возрасте от 4 до 10 лет. Причина появления до сих пор не установлена – теории предполагают влияние дисфункции задней колонны позвоночника (поперечные отростки, остистые отростки, ножки дужек позвонков, ламинарные части дужек, фасеточные суставы, межостистые, надостистые и желтая связки), дефицит нейромедиаторов (связанных с работой шишковидной железы), генетическая предрасположенность [4, с. 42].

Адолесцентный (подростковый) сколиоз. Адолесцентный (подростковый) вариант болезни поражает до 3 % населения и имеет большее распространение среди женщин с формированием правостороннего сколиоза в области грудной клетки и левостороннего грудопоясничного сколиоза. Его прогрессирование наиболее выражено в период бурного роста.

Тораколюмбальный сколиоз. Тораколюмбальный сколиоз проявляется двойной деформацией позвоночника между T1 и L5, причем оба искривления возникают одновременно. При этой форме сколиоза позвоночник похож на букву «S», поэтому такой вид искривления называется S-образным.

Диагностика. Идиопатический сколиоз может остаться незамеченным в раннем возрасте, потому что протекает бессимптомно и практически безболезненно в период роста. Таким образом, родители должны обращать внимание на строение тела ребенка, особенно в период 8 лет.

При выявлении симптомов сколиоза обращаются к детскому ортопеду, чтобы он провел детальное обследование и, при подтверждении диагноза, назначил соответствующее лечение [9, с. 239]. Обследование пациента, страдающего сколиозом, в условиях мед. учреждения включает в себя подробный осмотр в положении стоя, сидя и лежа для выявления перечисленных выше признаков.

В положении стоя проводится измерение длины нижних конечностей, определяется подвижность голеностопного, коленного и тазобедренного суставов, измеряется кифоз, оценивается подвижность поясничного отдела

позвоночника и симметричность треугольников талии, определяется положение надплечий и лопаток. Также производится осмотр грудной клетки, области живота, таза и поясницы. Оценивается мышечный тонус, выявляются мышечные валики, деформация ребер и т. д. В положении сгибания определяется наличие или отсутствие асимметрии позвоночника.

В положении сидя проводится измерение длины позвоночника и определение степени поясничного лордоза, выявляются боковые искривления позвоночника и отклонения туловища. Производится оценка положения таза вне зависимости от положения нижних конечностей. В положении лежа оценивается изменение искривления дуги позвоночника, исследуются мышцы живота и внутренние органы.

Основным инструментальным методом диагностики сколиоза позвоночника является рентгенография позвоночника. При подозрении на сколиотическое искривление рентгеновское исследование проводится не реже 1-2 раз в год. Первичная рентгенограмма может проводиться в положении стоя. В последующем рентгеновские снимки выполняются в двух проекциях в положении лежа с умеренным растягиванием – это дает возможность оценить истинную деформацию.

1.3. Лечение сколиоза

Лечение сколиоза включает в себя проведение консервативных методов воздействия, а в тяжелых случаях и оперативных вмешательств. Известно, что несвоевременно начатое лечение сколиоза может приводить к тяжелым последствиям, которые в ряде случаев устранить невозможно. Поэтому начинать лечебные мероприятия необходимо с появлением первых признаков заболевания.

Лечебная физкультура при сколиозе. ЛФК при сколиозе направлена на формирование мышечного корсета, способствующего стабилизации и частичной компенсации патологического искривления, а также

предотвращения дальнейшего ухудшения заболевания. Этот вид лечения назначается ортопедом после оценки вида и степени искривления. Он состоит из комплекса специальных упражнений, выполняемых в корригирующем положении.

ЛФК при сколиозе, показывает наибольшую эффективность в начале болезни и играет огромное значение в дальнейшей профилактике ухудшений.

Противопоказания к ЛФК при сколиозе:

- значительное прогрессирование или серьезная (3-4) степень сколиоза;
- внезапные боли в спине, обостряющиеся после движений;
- нарушение мозгового кровообращения, а также тяжелое поражение сердечно-легочной системы.

Массаж при сколиозе. Существует две тактики проведения массажа при сколиозе. Цель массажных процедур – расслабить спазмированные мышцы и повысить тонус ослабленных. Так, согласно первой теории, мышцы вогнутой стороны искривления напряжены как «тетива лука», в то время как мышцы противоположной – расслаблены, что создает определенный дисбаланс. Согласно второй же теории, напряжение мышц выгнутой стороны выше, что подтверждается инструментальными исследованиями. В то же время нельзя делить мышцы спины на исключительно напряженные и расслабленные, так как распределение мышечного тонуса носит неравномерный характер.

Массаж при сколиозе проводится совместно с другими видами лечения [5, с. 28]. К ним относят проведение ЛФК, ношение корсета, мануальную терапию, физиотерапию и применение иглоукалывания.

Массаж при сколиозе способствует укреплению мышц, активизации кровообращения, обмена веществ и репаративных процессов. Существует несколько этапов:

1. Первый этап массажа при сколиозе может носить как интенсивный характер, и быть направленным на повышение общей активности, так и быть мягким, направленным на устранение локальных гипертонусов.

2. Второй этап массажа при сколиозе состоит в корректировании патологического искривления и закреплении полученного результата.

Оперативное лечение сколиоза. Консервативное лечение показывает эффективность в 9 из 10 случаев. Проведение же оперативного вмешательства требуется при III-IV степени болезни или его бурном прогрессировании. Как показывает статистика, этот вид лечения применяют уже после развития тяжелых осложнений. Причиной этого является несвоевременная диагностика сколиоза и страх пациентов перед операцией в результате их низкой осведомленности.

Наиболее эффективным способом хирургической коррекции сколиоза принято считать установку на позвоночник специально разработанных металлоконструкций, выполняющих поддержку позвоночного столба. Как правило, их крепят в задних отделах позвоночника и разделяют на два типа – стабильные и динамические.

К особенностям лечения сколиоза у детей следует отнести интенсивный рост позвоночника, выраженный в этом возрасте. Из-за этого применение статических конструкций недопустимо из-за того, что рост передней, не фиксированной части позвоночника, приводит к скручиванию позвоночника вокруг металлического импланта. Этот феномен называют синдромом коленчатого вала. Как правило, деформация при этом синдроме значительно усугубляется. В то же время промедление с проведением операции приводит к развитию тяжелых форм сколиоза, осложненных соматической патологией.

Виды оперативных вмешательств, проводимых для исправления деформирующих болезней позвоночника:

1. Операции на задней колонне:
 - операции с внутренней коррекцией и фиксацией позвоночного столба с помощью металлических конструкций в сочетании с пересадкой костной ткани;
 - операции, при которых выполняется одномоментное исправление деформаций:

– операции с последовательным исправлением деформации, выполняемые поэтапно с выполнением постепенного растяжения позвоночника.

2. Операции на передней колонне:

– операции, вызывающие блокирование роста позвонков со стороны, противоположной вогнутой (операция эпифизедеза);

– операции дискэктомии;

– частично или полностью исправляющая искривление клиновидная резекция позвоночника;

– операции с исправлением патологических изгибов позвоночника посредством применения металлических конструкций.

3. Косметической направленности:

– удаление части реберного горба;

– удаление выступающих частей лопатки.

1.4. Профилактика сколиоза

Для того чтобы минимизировать риск развития сколиоза у детей, следует соблюдать правила, которые обеспечат ровное положение позвоночника. Для самых маленьких:

– младенца не следует пытаться научить садиться, пока его скелет не будет к этому готов. Как правило, в возрасте 6-7 месяцев малыш сделает это сам;

– нельзя водить ребенка, держа подолгу за одну и ту же руку;

– в первый год жизни лучше не использовать подушку, отдать предпочтение ортопедическому матрасу. Позже выбирать плоскую подушку.

Для школьников профилактика сколиоза заключается в следующем:

– нельзя покупать мебель «на вырост». За рабочим столом у ребенка ноги должны быть согнуты в коленях под прямым углом, ступни полностью

доставать до пола. Локти должны свободно ложиться на стол, расстояние от тетради до глаз — 30 см;

– необходимо приучить ребенка отдыхать раз в 20-30 минут — вставать из-за стола и разминаться;

– отдавать предпочтение ранцам с двумя лямками, исключить сумку через плечо. Особенно это правило актуально, если школьнику приходится носить большое количество учебников;

– не ограничивать ребенка в физической активности — ежедневные прогулки на улице пойдут только на пользу. Полезна ЛФК при сколиозе, однако и другая физическая нагрузка может стать вполне эффективной профилактикой болезни [6, с. 104].

При подведении итогов теоретической части можно сделать следующие выводы:

1. В настоящее время вылечить сколиоз полностью невозможно, можно лишь облегчить форму протекания данного заболевания.

2. Вместо лечения приобретенного сколиоза, правильнее предупреждать патологию заранее, поэтому стоит уделять внимание профилактическим мероприятиям.

3. В детском возрасте человек наиболее подвержен развитию сколиоза, поэтому необходимо следить за ребенком.

ГЛАВА 2. УЧАСТИЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ СКОЛИОЗЕ

2.1. Изучение роли медицинской сестры в профилактике сколиоза

Проблема профилактики сколиоза у детей имеет очень важное значение во всем мире. Проблема сколиоза имеет широкое распространение данной проблемы в общественности, и в связи с этим данное заболевание снижает свои обороты, количество детей с заболеванием опорно-двигательного аппарата с каждым годом становится только меньше, при этом также отмечается и то, что процент здоровых детей имеет четкую тенденцию к повышению данных показателей [12, с. 91]. Но все же по результатам ряда исследований среди детей, выявлено от 40% до 95% патологий осанки, а спина каждого четвертого ребенка не вызывает вопросов у доктора. Но все же число детей, которые имеют данное заболевание достаточно большое.

Актуальность проблемы явилась основанием для изучения роли медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей. С этой целью была создана анкета «Участие медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей», а также в апреле 2019 года среди медицинского персонала по данной анкете проводилось исследование на базе первой детской поликлиники ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». В анкетировании приняли участие 22 человека.

По результатам первого вопроса анкеты, целью которого было узнать проводят ли медицинские работники профилактические мероприятия по борьбе со сколиозом, мы получили следующие результаты: из 22 опрошенных медицинских сестер ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», ответ «Да» дали 22 человека (100%) (Рис. 1).

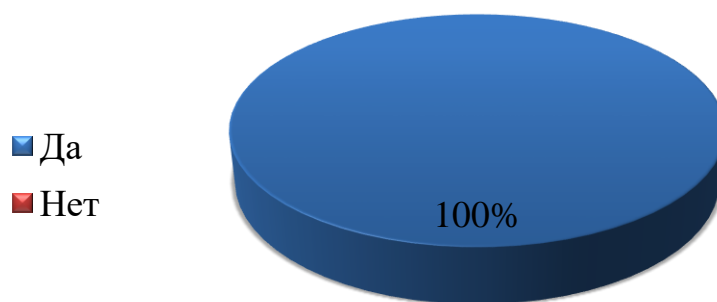


Рис. 1. Проведение профилактических мероприятий по борьбе со сколиозом

Если на первый вопрос ответ опрошенных респондентов был положительный, то в следующем вопросе им надо было указать более точно, какие мероприятия они проводят чаще всего по профилактике и борьбе со сколиозом. Из представленных вариантов результаты распределились следующим образом: профилактические беседы с детьми – 6 респондентов (27%), профилактические беседы с родителями – 7 респондентов (32%). Рекомендации для выполнения физических упражнений по борьбе со сколиозом – 4 респондента (18%), проведение ЛФК по профилактике сколиоза вместе с детьми – 3 респондента (14%), рекомендации на посещение массажа – 2 респондента (9%) (Рис. 2).

- Профилактические беседы с детьми
- Профилактические беседы с родителями
- Рекомендации для выполнения физических упражнений
- Проведение профилактических ЛФК вместе с детьми
- Рекомендации на посещение массажа

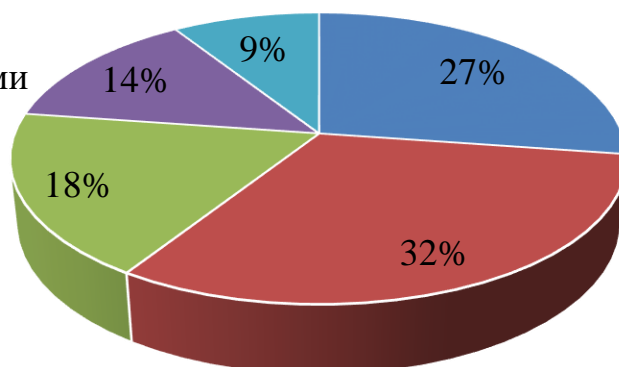


Рис. 2. Мероприятия по борьбе со сколиозом

Если же проведение профилактических бесед выбрали больше всего медицинских сестёр, то на вопрос: «Как часто вы проводите профилактические мероприятия?» большинство респондентов ответило: «вовремя месячных, акций и других массовых мероприятий» - 11 человек (50%), «проводят раз в месяц» – 6 человек (27%) и 5 человек – проводят беседы один раз в 3 месяца (23%). Четвертый вариант «не провожу» - не выбрал ни один из опрошенных (Рис. 3).

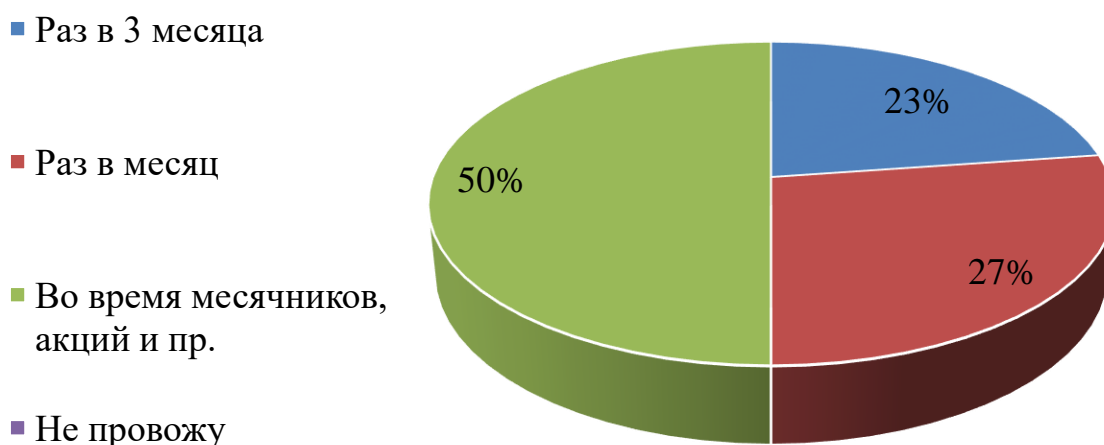


Рис. 3. Частота проведения профилактических бесед

Также было интересно, проводятся ли беседы в школах по профилактике и борьбе со сколиозом, так как данные мероприятия в учебных заведениях играют важную роль в профилактике и лечении сколиоза. Большинство респондентов, а именно 20 (91%) ответили «частично», либо «регулярно» проводят беседы. Однако, 2 респондента (9%) не проводят беседы и профилактические мероприятия в школах вообще (Рис. 4).

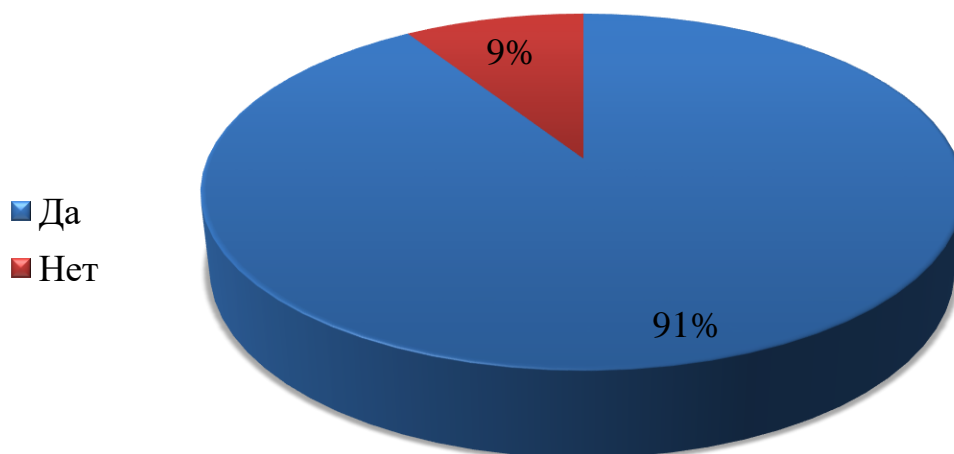


Рис. 4. Беседы в школах о сколиозе

После предыдущего вопроса, мы уточнили, какие именно мероприятия проводятся в учебных заведениях. Результаты были следующими: 9 респондентов (41%) выбрали - выступление во время родительского собрания, 6 респондентов (27%) - проведение физкультминуток, 5 респондентов (23%) - раздача памяток детям и родителям и 2 респондента (9%) - другое (Рис. 5).

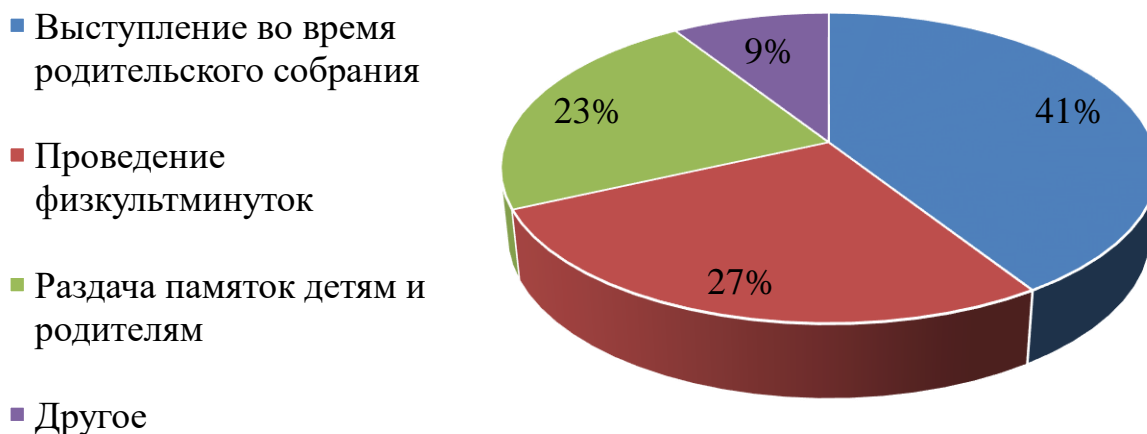


Рис. 5. Профилактические мероприятия в школах

На вопрос: «Как часто пациенты обращаются с проблемой возникновения и помощи при лечении сколиоза?» - 19 респондентов (86%) ответили «часто» и 3 респондента (14%) – дали ответ «редко». С помощью данного вопроса, мы

выяснили, что родители обращаются в лечебные заведения за консультацией и лечением сколиоза наиболее часто, тем самым уделяя здоровью ребенка достаточное количество времени (Рис. 6).

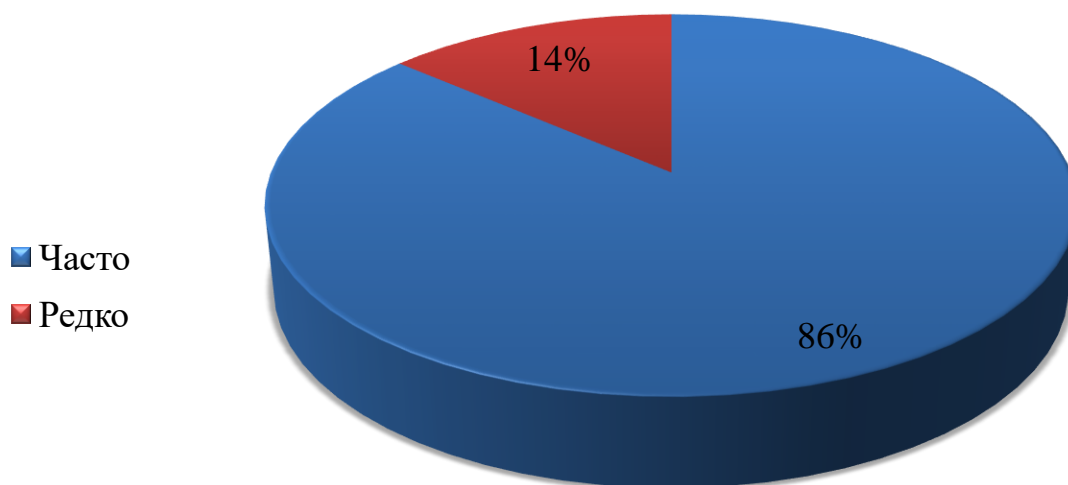


Рис. 6. Частота обращений пациентов в профилактике и лечении сколиоза

На вопрос «В каком возрасте чаще диагностируется сколиоз у детей?» - медицинские сестры ответили следующим образом «период новорожденности» – 1 респондент (4%), «грудной возраст» – 4 респондента (17%), «преддошкольный (ясельный) возраст» – 5 респондентов (21%), ответ «дошкольный» и «младший школьный» возраст – выбрали 7 респондентов (29%). Из этого вопроса можно сделать вывод, что преддошкольный и дошкольный возраст самый значимый для профилактики сколиоза (Рис. 7).

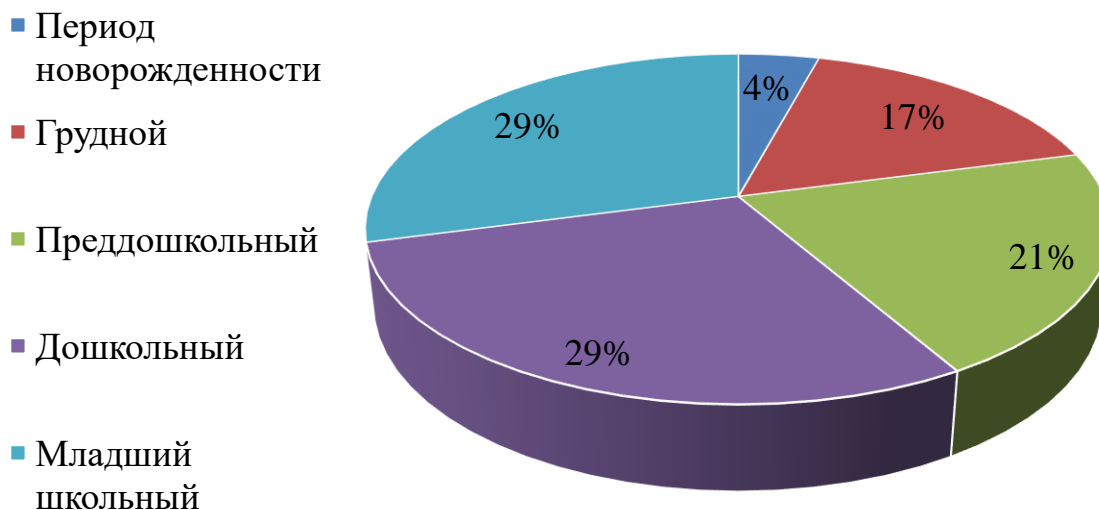


Рис. 7. Возрастные проявления сколиоза

По данным ответов медицинских сестёр, на вопрос «С какой степенью сколиоза вы сталкиваетесь чаще всего?», были получены следующие ответы: с I степенью чаще всего сталкивается 7 респондентов (32%), II степень выбрало большее количество респондентов – 10 (45%), III степень выбрали 3 респондента (14%) и IV степень – 2 респондента (9%) (Рис. 8).

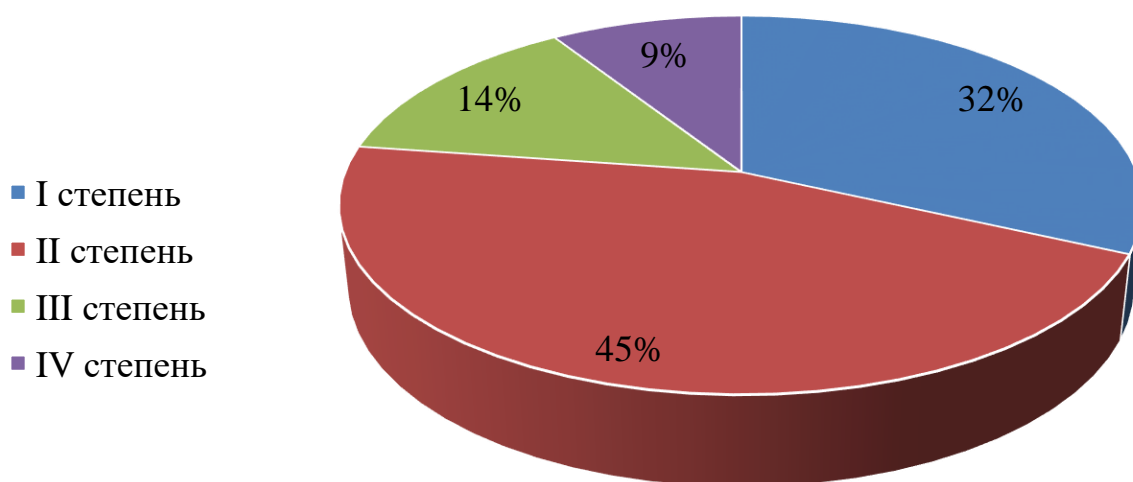


Рис. 8. Степени сколиоза

На следующий вопрос: «При наблюдении со стороны действий, которые способствуют нарушению осанки, делаете ли вы замечания?», ни один респондент не выбрал вариант ответа «не делаю замечаний» из этого можно сделать вывод о том, что, медицинские сестры беспокоятся об осанке детей и при любой возможности проявляют внимание к этой проблеме. 17 респондентов (77%) выбрали вариант «да, всегда» и 5 респондентов (23%) «делаю, но редко» (Рис. 9).

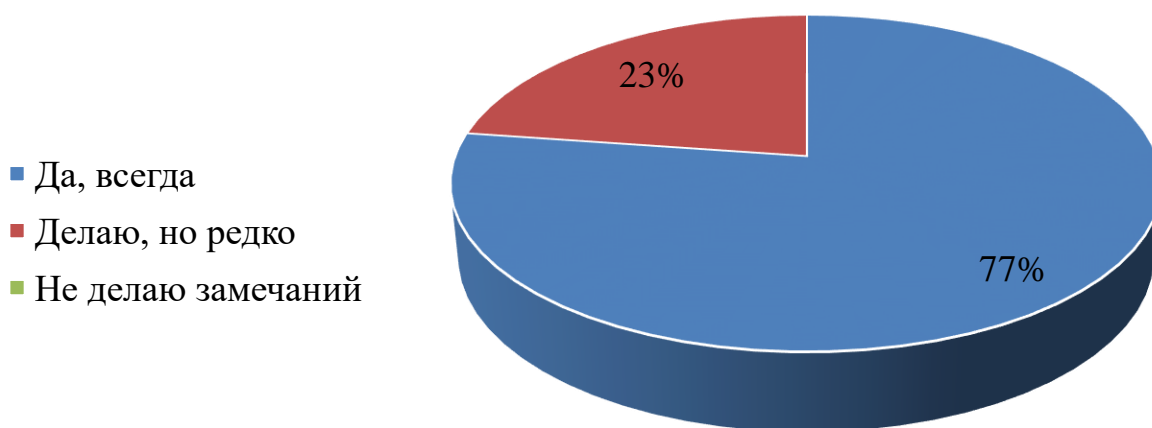


Рис. 9. Замечания по поводу осанки

Следующий вопрос для медицинских работников звучал так: «Какие манипуляции вы можете проводить при лечении и профилактике сколиоза?» ответы на этот вопрос были следующими: большинство респондентов, а именно 14 (64%) могут проводить лечебную физкультуру, остальные 8 респондентов (36%) проводят лечебный массаж (Рис. 10).

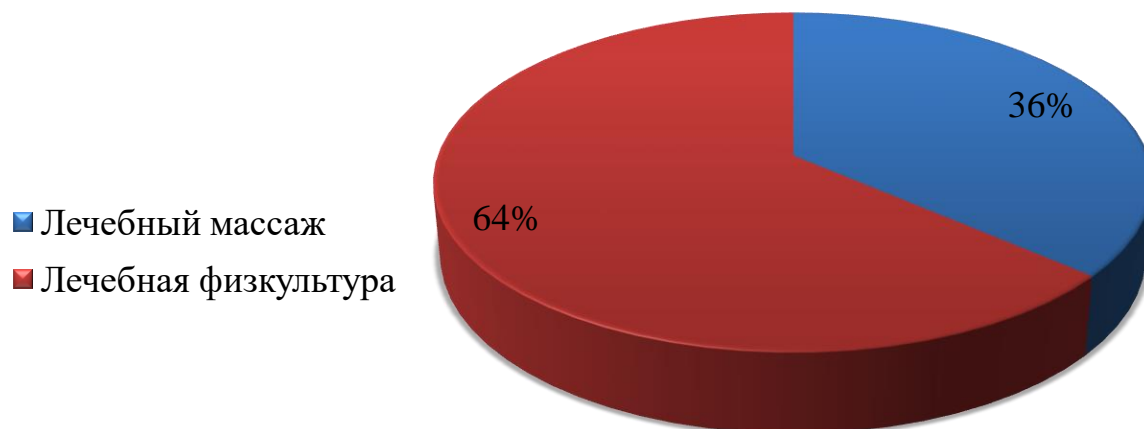


Рис. 10. Манипуляции при лечении и профилактике сколиоза

Далее, мы узнали насколько внимательно медицинские сестры следят за жёсткостью матрасов и размером подушек своих пациентов, что не мало важно при профилактике сколиоза. Большая часть, а точнее 13 респондентов (59%) выбрали вариант «да», остальные 9 (41%) – выбрали «нет» (Рис. 11).

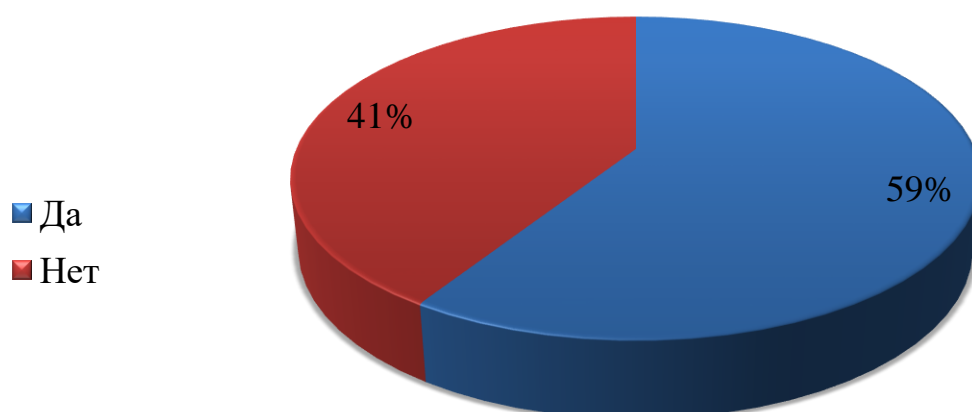


Рис. 11. Контроль жесткости матрасов и размера подушек

На следующий вопрос: «По вашему мнению, для профилактики сколиоза проводится достаточное количество мероприятий?», половину опрошенных

респондентов, а именно 11 человек (50%) выбрали вариант «да, но хотелось бы больше», 9 человек (41%) выбрали вариант ответа «да, достаточно» и 2 человека выбрали ответ «нет, так как не хватает времени» (Рис. 12).

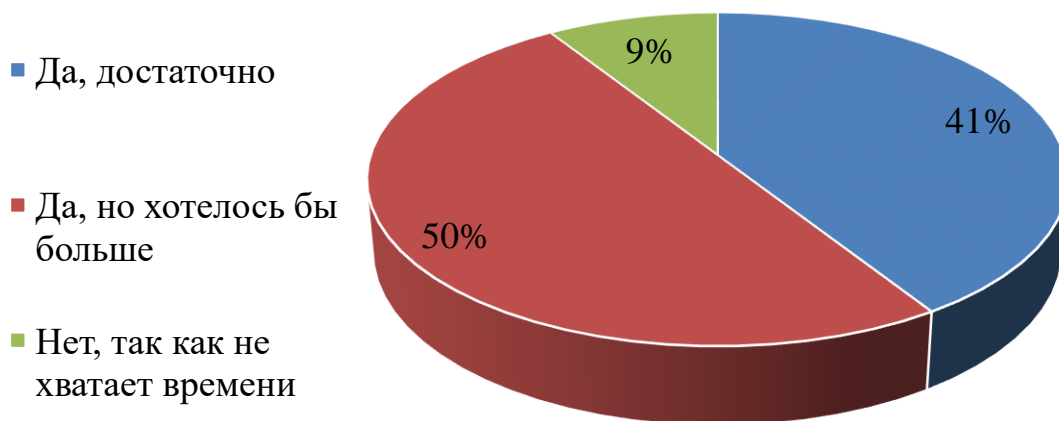


Рис. 12. Проведение профилактических мероприятий

Следующий вопрос был направлен на выявление масштабности заболевания сколиозом среди детей: «Как вы считаете, является ли сколиоз масштабной проблемой?», по результатам 20 респондентов (91%) выбрали вариант «да», что еще раз подчеркивает распространённость данного заболевания, и 2 респондента (9%) выбрали вариант «нет» (Рис. 13).

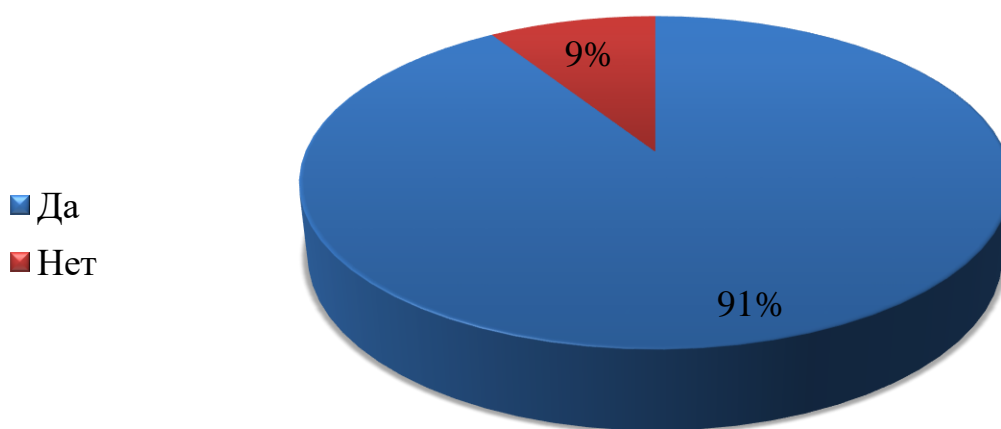


Рис. 13. Масштабность проблемы заболевания

Из результатов следующего вопроса: «Как вы оцениваете свои знания о сколиозе?», мы хотели выяснить осведомленность медицинских сестер знаниями о заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Результаты сложились следующим образом: 14 респондентов (64%) выбрали вариант «мне кажется, я знаю о сколиозе всё», 6 респондентов (27%) выбрали «думаю, что знаю достаточно для работы» и 2 респондента ответили «иногда знаний не хватает, но стараюсь узнавать что-то новое» (Рис. 14).

- Мне кажется, я знаю о сколиозе всё
- Думаю, что знаю достаточно для работы
- Иногда знаний не хватает, но стараюсь узнавать что-то новое

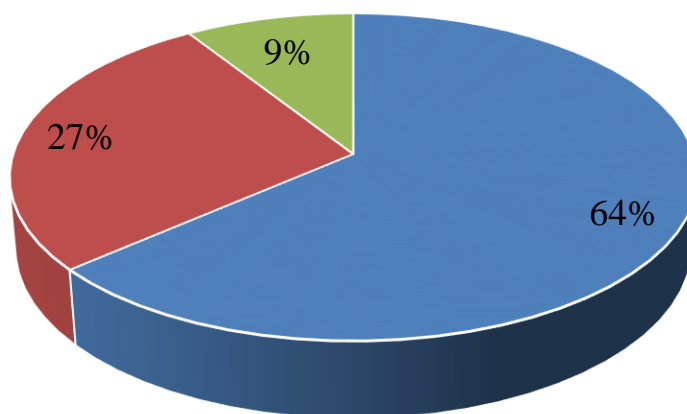


Рис. 14. Осведомленность медицинских сестер о заболеваниях опорно-двигательного аппарата

Последний вопрос: «По вашему мнению, при профилактике и лечении сколиоза ваша роль является...:» позволил узнать нам нас сколько медицинские сестры оценивают свою значимость при лечении и профилактики сколиоза у детей. В результате: 13 респондентов (59%) выбрали вариант ответа «не менее важна, чем роль лечащего врача», 8 респондентов (36%) выбрали ответ «думаю, что моя помощь нужна пациентам» и 1 респондент (5%) ответил «моя роль не является значимой» (Рис. 15).

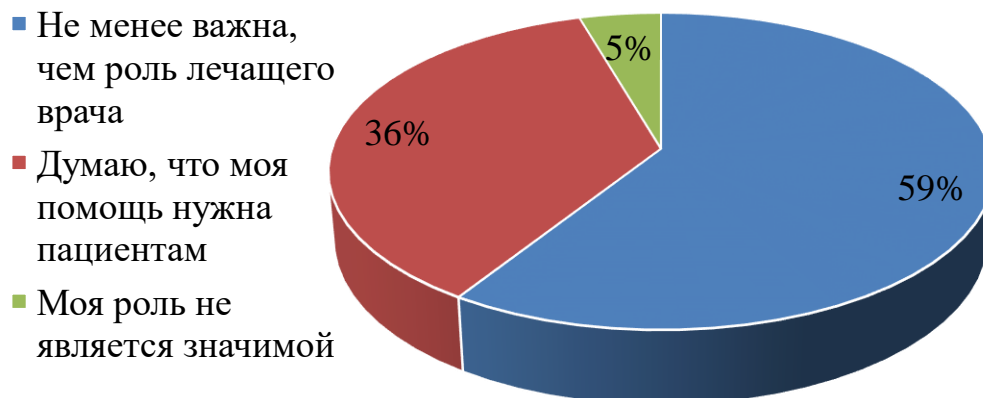


Рис. 15. Значимость роли медицинской сестры в профилактике сколиозе

2.2. Сестринский процесс при сколиозе

Необходимо своевременно выявлять настоящие и потенциальные проблемы пациента, а также нарушенные жизненно важные потребности больного и членов его семьи [7, с. 246].

Возможные проблемы пациента:

- сутулость;
- боль в поясничном отделе;
- нарушение осанки;
- искривление позвоночника;
- изменение походки;
- появление асимметрии плеч, лопаток и таза;
- головные боли;
- повышенная утомляемость;
- деформация формы грудной клетки;
- нарушения работы органов пищеварения и сердечнососудистой системы.

Возможные проблемы родителей:

- страх за ребенка, неуверенность в исходе заболевания;
- дефицит знаний о заболевании и уходе;
- изменение стереотипа жизни в семье;
- неадекватная оценка состояния ребенка.

Исходя из результатов, проведенной анкеты мы выяснили, что практически все медицинские работники, которые были нами опрошены, считают свою роль в профилактике и лечении сколиоза у детей не менее важной, чем роль самого лечащего врача, и их знания, умения и навыки достаточно высоки, поэтому их вмешательства в процесс профилактики и лечения является неотъемлемой частью:

1. Медицинская сестра осуществляет главную роль в профилактике нарушения осанки у детей, так как она является ближайшим и непосредственным помощником врача, опорой и его поддержкой. Ей необходимо знать основы ортопедии, правильно и деликатно общаться с маленькими пациентами. Она должна отдельно к каждому маленькому пациенту находить свой подход в виде игры или разговора с ребенком, так как неправильные действия могут вызвать боязнь у него.

2. Медицинская сестра должна знать основные жалобы и симптомы при нарушении осанки, и иметь понятие и проявление патологии в этой области. Она внимательно выслушивает пациента (ребенка) или его родителей и обращает внимание на наличие болей или дискомфортных ощущений в той или иной области. Она должна знать принципы лечения, ухода и профилактики нарушения осанки и ознакомить пациента и его родителей (родственников) с ними. Выявив проблемы пациента, медсестра формирует сестринские диагнозы, оценивает степень значимости каждой из них и устанавливает приоритетные. В ее обязанности входит подготовка пациента к различным видам обследования позвоночника (МРТ, КТ и др.) От правильности проведенной подготовки к обследованию зависит качество полученных данных. Также медсестра выявляет наличие у пациента духовно - психологических и социальных проблем, если они имеются.

3. Она помогает ребенку выполнять различные упражнения для улучшения и корректировки осанки. Дает рекомендации родителям за наблюдением ребенка. Например, такие чтобы родители рано не ставили его на ножки, так как это может служить развитию плоскостопия, а вследствие этого и появлению поясничного лордоза у ребенка или искривлению осанки. Медсестра вселяет веру в пациента о дальнейшем выздоровлении, благоприятном исходе лечения.

4. От ее знаний и умений отвлечь малыша, успокоить зависит поведение ребенка во время процедуры. В общении с детьми особенно недопустима небрежность персонала, не говоря уже о грубости. В основу работы медицинской сестры должен быть положен принцип, максимально щадящий психику больного ребенка; максимальное ограждение ребенка от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. Следует избегать насилия над ребенком при обследовании, проведении разных медицинских процедур. По возможности позволить ребенку «помогать» во время процедуры: подержать что-то, надеть самому, поиграть или «примерить» кукле. Не стоит применять отрицательной лексики: «не делай!», «не двигайся!» и т.п. Лучше ознакомить ребенка с процедурой, ответить на все вопросы, которые ребенок задает о процедуре, успокоить его.

Дополнительно необходимо проводить следующие мероприятия [8, с. 289]:

- измерение роста стоя и сидя;
- взвешивание;
- измерение объема легких (спирометрия).

Эти и множество других мероприятий, очень важны, для определения тяжести искривления и назначения оптимальной терапии.

2.3. Выводы и предложения

На данный момент сколиоз, заболевание достаточно распространенное.

Его профилактике и борьбе с ним медицинские работники уделяют достаточно времени. В современном мире, у медицинских работников, родителей и даже самих детей есть огромный запас знаний по профилактике этого заболевания, главное уделять этому время и внимательно следить за мелочами, которые способствуют появлению и развитию сколиоза.

По результатам исследования можно сделать следующие выводы: все медицинские работники проводят профилактические мероприятия и чаще всего профилактические беседы с родителями и с детьми, а также дают рекомендации для выполнения физических упражнений. Большинство работников проводят данные мероприятия во время месячников и акций. Большое количество опрошенных медицинских сестер проводят профилактические беседы в школах вместе с детьми, а также посещают родительские собрания, раздают памятки и листовки на них и проводят физкультминутки для детей. Чаще всего обращаются за помощью родители с новорожденными детьми и детьми дошкольного возраста. Самая распространённая степень сколиоза по нашим опросам является II степень. Нельзя не отметить, что все работники всегда делают замечания, если видят действия со стороны детей или родителей, которые способствуют развитию сколиоза, многие медицинские сестры следят за жёсткостью матрасов и подушек в отделении, а также проводят лечебный массаж и лечебную физкультуру. Большая часть медицинских сестер считают свои знания о сколиозе более чем достаточными, а также, что их роль в профилактике и лечении сколиоза является не менее важной чем роль лечащего врача.

В исследовательской работе мы указали причины возникновения и развития сколиоза, а также методы по его профилактике. Роль медицинской сестры является важной и неотъемлемой частью в этом процессе, и поэтому была разработана памятка «Упражнения для правильной осанки». При систематическом выполнении данного комплекса упражнений можно приостановить развитие сколиоза или поддерживать в форме свой опорно-двигательный аппарат. Данный комплекс подходит для взрослых и детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив современные аспекты сколиоза, можно сделать следующие выводы:

1. В наши дни сколиоз является проблемой около 80% всего населения (в разной степени тяжести);
2. Большинство людей начинают ощущать проблемы со спиной и поясничным отделом позвоночника еще со школы;
3. Сколиоз до сих пор остается малоизученным;
4. От патологии невозможно избавиться на сто процентов, можно лишь улучшить общее состояние;
5. Квалифицированный сестринский уход за больными имеет большое значение при сколиозе.

Предложения:

1. Проводить всеобщее информирование населения с целью предотвращения риска развития заболевания;
2. Профилактическую работу активизировать в отношении детей и подростков;
3. Анализировать причины отказа от ЛФК;
4. К профилактической работе привлекать сотрудников дошкольно-школьных учреждений.

Из приведенного анкетирования и представленных диаграмм можно сделать следующие выводы:

1. Медицинские сестры проводят профилактические мероприятия по борьбе со сколиозом как в школах, так и в стационарах;
2. Беседы с родителями и детьми о заболевании сколиозом регулярно ведутся;
3. В стационаре следят за жёсткостью матрасов и размером подушек, а также за осанкой пациентов;
4. Медицинские сестры следят за профилактикой и знают достаточно

о сколиозе;

5. Хотелось бы, чтобы не только медицинские работники понимали масштабность заболевания, но и дети следили за своей осанкой, выполняли утреннюю гимнастику, носили правильно рюкзак, занимались спортом;

6. Профилактика сколиоза у детей, важную роль играют не только медицинские работники, но и в первую очередь – родители.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосов, В. Н. Искривление позвоночника. Сколиоз у детей и взрослых [Текст] / В.Н. Амосов. - М.: Вектор, 2016. - 128 с.
2. Берснев, Владимир Позвоночник и боль [Текст] / Владимир Берснев. – К.: Аверс, 2017. – 416 с.
3. Вишневская, Ольга Путь к здоровому позвоночнику [Текст] / Ольга Вишневская. - К.: Здоровье, 2015. – 288 с.
4. Гитт, В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов [Текст] / В.Д. Гитт. - М.: Единение, 2018. - 128 с.
5. Елисеев, А.Г. Большая медицинская энциклопедия [Текст] / А.Г. Елисеев, В.Н. Шилов. – Москва: Эксмо, 2015. – 864 с.
6. Ерофеева, Л.Г. Популярный справочник детских болезней [Текст] / Л.Г. Ерофеева, Е.М. Меняйло, И.В. Гераськина. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. – 300 с.
7. Зрячкин, Н.И. Справочник семейного доктора [Текст] / Н.И. Зрячкин, А.П. Суворов. – Москва: Эксмо, 2016. – 1040 с.
8. Клебанович, Михаил Массаж при болях в спине и сколиозах [Текст] / Михаил Клебанович. - М.: Книга по Требованию, 2019. - 176 с.
9. Красикова, Ирина Детский массаж и гимнастика для профилактики и лечения нарушений осанки, сколиоза и плоскостопия [Текст] / Ирина Красикова. - М.: Корона-Век, 2017. - 320 с.
10. Покровский, Борис Болезни спины [Текст] / Борис Покровский. – М.: АСС-Центр, 2016. – 61 с.
11. Ситель, Анатолий Соло для позвоночника [Текст] / Анатолий Ситель. – М.: Метафора, 2016. – 224 с.
12. Ченцов, Виктор Вся правда о сколиозе [Текст] / Виктор Ченцов. - М.: Питер, 2018. - 434 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

1. Проводите ли вы профилактические мероприятия по борьбе со сколиозом?
 - а. Да.
 - б. Нет
2. Если да, то укажите, какие мероприятия вы проводите?
 - а. Профилактические беседы с детьми.
 - б. Профилактические беседы с родителями.
 - в. Даете рекомендации для выполнения физических упражнений по борьбе со сколиозом.
 - г. Проводите ЛФК по профилактике сколиоза вместе с детьми.
 - д. Дает рекомендации на посещение массажа.
3. Как часто вы проводите профилактические беседы?
 - а. Раз в 3 месяца.
 - б. Раз в месяц.
 - в. Во время месячников, акций и других массовых мероприятий.
 - г. Не провожу.
4. Проводите ли Вы беседы в школах?
 - а. Да.
 - б. Нет.
5. Какие мероприятия для профилактики сколиоза вы проводите в школах?
 - а. Выступление во время родительского собрания.
 - б. Проведение физкультминуток.
 - в. Раздача памяток детям и родителям.
 - г. Другое.
6. Как часто пациенты обращаются с проблемой возникновения и лечения сколиоза?
 - а. Часто.

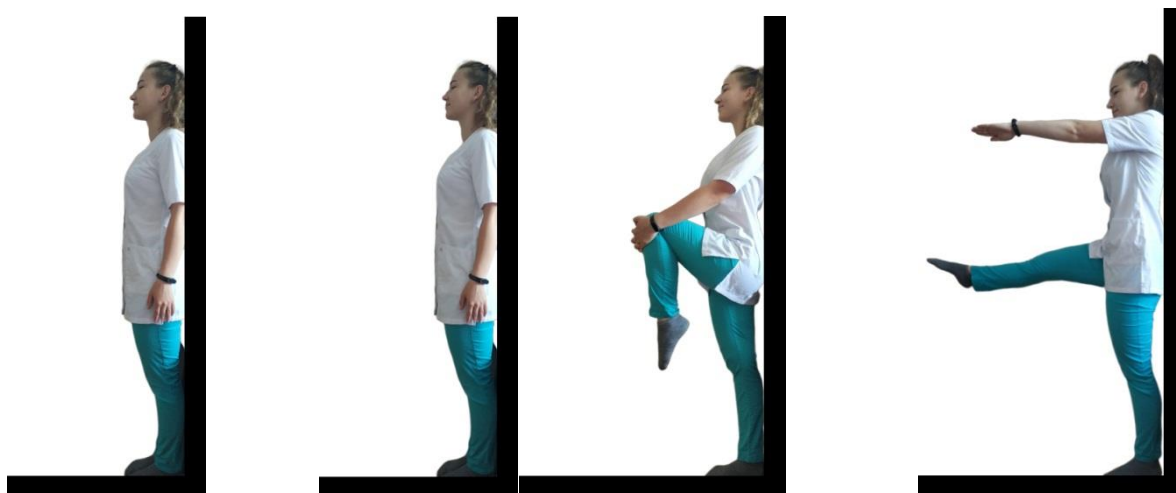
- б. Редко.
- 7. В каком возрасте чаще диагностируется сколиоз?
 - а. Период новорожденности.
 - б. Грудной.
 - в. Преддошкольный (ясельный).
 - г. Дошкольный.
 - д. Младший школьный.
- 8. С какой степенью сколиоза вы сталкиваетесь чаще всего?
 - а. I степень.
 - б. II степень.
 - в. III степень.
 - г. IV степень.
- 9. При наблюдении со стороны действий, которые способствуют нарушению осанки, делаете ли вы замечания?
 - а. Да, всегда.
 - б. Делаю, но редко.
 - в. Не делаю замечаний
- 10. Какие манипуляции вы можете проводить при лечении и профилактике сколиоза?
 - а. Лечебный массаж.
 - б. Лечебная физкультура.
- 11. Следите ли вы в отделении за жесткостью матрасов и размером подушек?
 - а. Да.
 - б. Нет.
- 12. По вашему мнению, для профилактики сколиоза проводится достаточное количество мероприятий?
 - а. Да, достаточно.
 - б. Да, но хотелось бы больше.
 - в. Нет, так как не хватает времени.

13. Как вы считаете, является ли сколиоз масштабной проблемой?
- а. Да.
 - б. Нет.
14. Как вы оцениваете свои знания о сколиозе?
- а. Мне кажется, я знаю о сколиозе всё.
 - б. Думаю, что знаю достаточно для работы.
 - в. Иногда знаний не хватает, но стараюсь узнавать что-то новое.
15. По вашему мнению, при профилактике и лечении сколиоза ваша роль является...:
- а. Не менее важна, чем роль лечащего врача.
 - б. Думаю, что моя помощь нужна пациентам.
 - в. Моя роль не является значимой.

Упражнения для правильной осанки

В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ

1. Встать спиной к стене, касаясь ее затылком, лопатками, тазом и пятками. Сохранить это положение в течение 5 с. Запомнить его и, стараясь не нарушать, сделать шаг вперед, затем назад.
2. Стоя у стены, подтянуть руками к животу ногу, согнутую в колене, не теряя касания со стеной.
3. Стоя у стены, вытянуть руки вперед. Поднять прямую ногу вперед, не теряя касания со стеной.



СТОЯ НА КОЛЕНЯХ

1. Упереться прямыми руками в пол. Выгнуть спину, держаться так 5-7 с; прогнуться в пояснице, держаться 3-5 с.



Упереться прямыми руками в пол, отводить назад прямые ноги (поочередно) и голову, прогибаясь в пояснице.



ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ

1. Упереться в пол согнутыми руками. Разгибая руки и не отрывая бедер от пола, запрокинуть голову назад, максимально прогнуться, держаться так 3-5 с, вернуться в исходное положение.



2. Кисти рук соединить за спиной. Поднять голову, плечи и ноги; прогнуться, вернуться в исходное положение.



С ПРЕДМЕТОМ НА ГОЛОВЕ

1. Стоя с предметом на голове и сохраняя правильное положение туловища, подняться на носки, вернуться в исходное положение.



2. Ноги вместе, руки вперед. Делать выпады вперед правой, затем левой ногой.



3. Ноги вместе, руки на поясе. Присесть и вернуться в исходное положение.

